



Historias de la Medicina

REFLEXIONES ACERCA DE UNA NUEVA MIRADA CLINICA

Dr. Gustavo Carminati

Docente de la Unidad Docente Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Médico de planta. Nefrólogo. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza.

Las siguientes reflexiones están destinadas a determinar si, de alguna manera, se está experimentando un cambio en la mirada del clínico en los albores del siglo XXI, a la luz de los avances tecnológicos, que sobre todo desde mediados del siglo pasado han acudido a mejorar la calidad de la medicina. Entre estos avances, uno de los más desarrollados han sido la aparatología que permite hacer diagnósticos por imágenes. Entre ellos los más utilizados en la actualidad siguen siendo: la radiología convencional, inventada a fines del siglo XIX, a la que se le han sumado la ultrasonografía, la tomografía computarizada, la gammagrafía, la resonancia nuclear magnética y más recientemente la tomografía con emisión de positrones, etc. Toda esta tecnología se le ofrece al médico de nuestro presente como importantes auxiliares del diagnóstico.

Sin embargo, nos preguntamos en qué forma o de qué manera, si lo ha hecho, esta “iconografía” médica ha cambiado la percepción del clínico y como consecuencia de

ello si no estaríamos asistiendo a un nuevo lenguaje en la clínica y a un nuevo discurso médico.

Pensamos que la mirada del clínico aún sigue siendo fundamental en la elaboración del diagnóstico, pero: ¿hacia dónde se dirige hoy esa mirada?; ¿dónde está su mayor foco de atención?; ¿permanece esta mirada con su carácter escrutador recorriendo el cuerpo del paciente atenta a cualquier signo revelador de enfermedad? O por el contrario el hecho de contar con auxiliares externos al paciente que aportan nuevas imágenes de este cuerpo y que a su vez es necesario reinterpretar ¿no habrá desviado la mirada médica hacia el exterior, haciendo que el médico contemporáneo vea, pero vea a través de?

Todo el proceso de espacialización de la enfermedad desarrollado hacia fines del siglo XVIII, en los orígenes de la clínica, está sufriendo un cambio al surgir un nuevo espacio, el espacio de las imágenes las que se hacen visibles en placas radiográficas, pantallas, monitores, negatoscopios, etc. y que determinan una nueva espacialización por fuera de la corporeidad. Así, aparece toda una nueva patología, la patología de la imagen y de este modo surge un nuevo lenguaje. Palabras inconcebibles hace un siglo son de uso cotidiano en la práctica médica; palabras con un significado de lesión de un determinado órgano. De esta manera nace un nuevo discurso, nuevos significantes y nuevos significados, a través de los hallazgos de la aparatología. Aparecen nuevas palabras referidas a una nueva imagen del paciente, pero que no son estrictamente de su cuerpo, sino de la imagen de ese cuerpo proyectado sobre una pantalla o un monitor y que dan significado a estos hallazgos: ecoestructura, hipoeoico, hiperintenso, radiolúcido, etc.

Pareciera que la mirada clínica se alejara del cuerpo del enfermo y que buscara los signos de la enfermedad lejos de él, en otro espacio que promete ser más seguro y que permite un diagnóstico más eficaz. El objeto de la mirada médica comienza a ser

otro, ya no se cruzan los cuerpos con las miradas sino que se cruzan las miradas con las imágenes proyectadas de estos cuerpos. Imágenes obtenidas con el auxilio de un aparato que es el que ahora mira, escruta, analiza el cuerpo del paciente de distintas maneras y en diversas incidencias. Da la impresión que el médico de hoy mirara de reojo al paciente y que por el contrario posara su mirada más atenta en estas imágenes obtenidas a través de otros ojos auxiliares. Estas imágenes serán luego reinterpretadas por el médico el que en un segundo momento dirigirá su atenta mirada allí, mientras el paciente pasa a ser un tercero expectante de su diagnóstico o más bien del diagnóstico del aparato. Lo invisible se hace visible pero sólo parcialmente a través del examen del paciente. Esta relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, adquiere una nueva dimensión. Esto es, el saber médico está ahora mediatizado, mediatizado por otro saber y otra mirada, la mirada del aparato.

“La clínica es soberana” se sigue repitiendo en los ambientes médicos. El clínico ha sido el soberano, el saber adquirido a través de su mirada le confirió un poder histórico. Hoy parece que este poder está compartido. Otro saber, tecnológico, le disputa ese poder y la soberanía a la clínica. Los mismos pacientes hoy día conocen que hay otros ojos con un poder escrutador distinto, con otro saber que complementará el saber del médico. Es por ello que pensamos que desde hace un tiempo se está produciendo una mutación en el saber médico. Las nuevas percepciones derivadas de las imágenes obtenidas por la tecnología han creado nuevos enunciados, si bien más complejos, más sofisticados, en fin más certeros, que ponen en duda cada vez más el saber del clínico. Da la impresión que hicieran falta la confirmación y la certeza que brinda la tecnología para que un diagnóstico sea totalmente confiable. ¿La clínica ya no es la soberana?

Todo este proceso de reespecialización ha conducido a nuevas clasificaciones, nuevas entidades, derivadas del mejor conocimiento de las patologías aportado por este nuevo saber. Muchas enfermedades existen hoy gracias al aporte de la tecnología y su nomenclatura está íntimamente relacionada con los hallazgos de esta serie de aparatos.

Los parecidos, los parentescos, las analogías van siendo eliminados por la definición de esta tecnología y el diagnóstico diferencial es llevado a límites extremos con la asistencia de esta mirada auxiliar, que muchas veces confirma el saber de clínico pero que también en numerosas oportunidades lo pone en duda. De esta manera el mismo clínico duda de su propio saber luego de casi dos siglos de práctica de la soberana clínica.

Al dudar de su saber y su poder, el mismo clínico tiende a delegar ese poder aunque sea parcialmente y como consecuencia de ello pareciera que nace una nueva relación médico-paciente y paciente-médico. La intimidad de esta relación se va desvaneciendo. El interrogatorio minucioso, el examen meticuloso, la práctica de las maniobras semiotécnicas de acuerdo a las enseñanzas de los antiguos maestros, van perdiendo el significado y la importancia de hace un siglo. Todo este conjunto de maniobras capaces de transformar los síntomas en signos y que trajeron como consecuencia el paso del enfermo a la enfermedad, de lo individual a lo conceptual, está sufriendo un cambio. Hoy el médico busca transformar los síntomas en imágenes, en otro espacio de saber, donde existen otros enunciados, por fuera del consultorio y en donde busca el conocimiento del diagnóstico.

En todo clínico “es menester una gran sagacidad, una gran atención, una gran destreza, una gran exactitud y una gran paciencia”(1) Sin embargo, el examen clínico del médico contemporáneo pareciera tener un menor grado de atención ya que ¿requiere una gran exactitud?, ¿no está la exactitud más allá en otro espacio? En el

espacio de los aparatos que gozan de la exactitud de la que adolece la mirada médica. Además esto implica la necesidad de una segunda mirada, la mirada sobre las imágenes aportadas por los aparatos, una mirada que también debe ser sagaz y diestra para interpretar y re interpretar estas imágenes, con sus nuevos y particulares signos. Así de este modo se establece una nueva relación entre el médico y la imagen, con el paciente presente o ausente. Imagen que pareciera que refleja mejor o más certeramente el cuerpo del paciente. Hoy más que nunca el síntoma se transforma en signo, además del signo semiológico, el signo de esta imagen que requiere un nuevo rigor descriptivo.

Podríamos comparar el advenimiento de la tecnología y sus aportes a la clínica con los aportes que en su momento brindó a la clínica la anatomía patológica. Dice Michel Foucault: "...en esta forma la mirada médica, después del descubrimiento de la anatomía patológica se encuentra desdoblada, hay una mirada local y circunscripta, la mirada limítrofe del tocar y de la audición, que no recubre sino uno de los campos sensoriales, y no aflora sino en las superficies visibles"(2) Quizás asistimos a un nuevo desdoblamiento de la mirada médica, hacia el nuevo campo sensorial de las imágenes. Imágenes que han hecho aún más penetrante la mirada del clínico y lo invisible ahora parece visible, aún sin el aporte de la anatomía patológica. De lo que se trata hoy es saber si la mirada clínica está verdaderamente desdoblada, o si como afirma Foucault, persiste "esa mirada absoluta, absolutamente integrante, que domina y funda todas las experiencias perceptivas. Es la que estructura en una mirada soberana, la que señala en un nivel más bajo que el ojo, que el oído, que el tacto".(3) Es probable que la crisis de la clínica contemporánea esté allí, en el momento que la mirada deja de ser absoluta y absolutamente integrante. Todas las experiencias perceptivas deben ser integradas, sino existe el riesgo del verdadero desdoblamiento de la mirada. Esta integración es la única capaz de recorrer el velo cada vez más

transparente que oculta la enfermedad. Ella es la que posibilita que los avances tecnológicos sean realmente un avance para el clínico en su afán de hacer diagnósticos y curar enfermos. Sólo esta integración convalidará el fin de los anatomistas que “es alcanzado cuando las opacas envolturas que cubren nuestras partes no son ya, a sus ojos ejercitados, sino un velo transparente que deja al descubierto el conjunto y las relaciones”.(4)

Hoy en día no se concibe un diagnóstico completo si no está complementado por los estudios auxiliares. Pero evidentemente, el ojo que sospecha y presume sigue siendo el ojo del clínico, quien con la absoluta integración de su mirada domina y funda todas las experiencias perceptivas en un momento anterior a la decisión de solicitar un estudio por imágenes.

Por otro lado, no todas las enfermedades tienen su correlato en una lesión visible, no a todas se les puede asignar una sede y no todas tienen un correlato anatómico como vieron los clínicos a principio del siglo XIX; ni un correlato en imágenes como sabemos en la actualidad, si no se correría el riesgo de, valga el término, “anatomopatologizar” la clínica, al prestar mayor atención a las imágenes y sus signos que al paciente y sus síntomas y de ese modo desintegrar la mirada. “Para detectar este trastorno funcional primero y fundamental, la mirada debe saber desprenderse del centro de la lesión, porque éste no está dado desde el comienzo, aunque la enfermedad sea en su arraigamiento de origen siempre localizable, le es preciso señalar justamente esta raíz orgánica antes de la lesión gracias a los trastornos funcionales y a sus síntomas”.(5)

Hacia el final de estas reflexiones digamos que de ninguna manera hemos querido desaconsejar el uso y aprovechamiento de esta tecnología por parte del clínico, ni desconocer el avance que la misma ha significado para la práctica médica en general. Sin embargo, y quizás alertados por H. Marcuse recordemos que “la tecnología se ha

convertido en el gran vehículo de la reificación, la reificación en su forma más madura y efectiva” (6) Pensamos que la sobrestimación de esta tecnología y su sobre utilización en la práctica clínica puede hacer correr el riesgo de crear una cultura distinta, la cual en última instancia desvirtúe los fines mismos de la clínica y que implicaría el hecho de que toda esta tecnología que debería estar al servicio de la práctica clínica, podría llegar a poner al clínico a su servicio, cuando a nuestro entender la clínica y la medicina toda existen al servicio de los pacientes, utilizando todos los medios disponibles a los fines de desentrañar el misterio de la enfermedad y alcanzar el estado de salud.

Referencias Bibliográficas

1 Cabanis, Du Degré de certitude (3ª ed., 1819) p.126. En: El nacimiento de la clínica.

Michel Foucault. Siglo XXI Editores, 11ª Edición, 1986. p.175.

2 Michel Foucault. El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores, 11ª Edición, 1986.

p. 235

3 Ibid p. 235

4 Ibid p. 235

5 Ibid p. 264

6 Herbert Marcuse. Eros y civilización